

年 月 日

（あて先）浜松市保健所長

住所（所在地）
申請者（管理者）
氏名（氏名）

宿直医師免除申請書

医療法施行規則第 9 条の 1 5 の 2 の規定により病院に医師を宿直させないことについて次のとおり申請します。

記

病院の名称							
開設の場所							
電話番号							
診療科名							
病床数 (許可病床数を記載してください)		一般	療養	精神	結核	感染症	合計
		床	床	床	床	床	床
病院に医師を宿直させない理由							
医師が速やかに診療を行える体制の確保状況について	連絡体制						
	連絡を受ける医師の場所						
	医師が適切な診療を行える状態の確保の有無	有 ・ 無					

（注）「医師が適切な診療を行える状態の確保の有無」について、「有」とした場合には客観的に当該事項が確認できる医療機関内の規定や内規等を添付すること。